

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ALCOHOLISMO Y SUS COMPLICACIONES

(Revisión Retrospectiva de 7 años 1973-1979 en el  
Hospital General de Quezaltenango)

CATARINO JACOBO DE LEON ESTRADA

Guatemala, Octubre de 1980.

# I N D I C E

- 1) INTRODUCCION
- 2) ANTECEDENTES
- 3) OBJETIVOS
- 4) JUSTIFICACION
- 5) METODOLOGIA
- 6) ANALISIS ESTADISTICO
- 7) DEFINICION DEL PROBLEMA:
  - a) Definición Alcoholismo,
  - b) Farmacología y Metabolismo del Alcohol,
  - c) Efectos Psicológicos y Fisiopatológicos del Alcohol,
  - d) Manifestaciones Clínicas,
  - e) Síndrome de Abstinencia,
  - f) Enfermedades de Tipo Nutricional Consecuentes del Alcoholismo,
  - g) Enfermedades Alcohólicas de Patogenia Dudosa,
  - h) Padecimientos Neurológicos Consecuencia de la Cirrosis,
  - i) Tratamiento.
- 8) PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- 9) CONCLUSIONES
- 10) RECOMENDACIONES
- 11) BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El presente trabajo trata de demostrar las complicaciones del alcoholismo. Con este fin es que se revisaron en forma retrospectiva 576 casos ingresados en los años de 1973 a 1979 con diagnóstico de ALCOHOLISMO, en el Hospital General "San Juan de Dios" en Quezaltenango.

Como es sabido por estudios anteriores el alcoholismo no hace ningún bien, sino por el contrario su acción destructiva golpea rudamente a toda la humanidad, dañando al individuo física, mental y socialmente. Es por eso que nos preocupa ver que la incidencia de ingresos al hospital va en aumento año con año, constituyendo un atraso para el país y pérdida económica innecesaria en la hospitalización de estos.

Queremos con este trabajo ayudar a mejorar en algo el problema de ALCOHOLISMO en Guatemala, ya que no es solo parte de la medicina y psiquiatría la lucha contra el alcoholismo, sino también requiere de la sociología y del derecho en sus facetas penales y administrativas. Considerando que son muchas las causas que impulsan al enfermo alcohólico a la bebida, desde las hereditarias, problemas psiquiátricos como los que le impone la sociedad misma, costo de vida, falta de trabajo, publicidad alcohólica etc.

## ANTECEDENTES

Existen varios estudios sobre alcoholismo tanto en Guatemala como fuera del país. Según las tesis realizadas en la facultad de medicina tratan sobre consecuencias alcohólicas y su tratamiento, donde se ha podido comprobar el daño que causa al individuo en to dos sus aspectos.

En el XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías realizado en el Depto. de Psiquiatría y Psicología, Facultad de Medicina de Sevilla. En Junio de 1972, hicieron énfasis sobre varios aspectos según los trabajos presentados:

### SOCIOLOGICOS:

- a) Que los países que son grandes productores de bebidas alcohólicas son también grandes consumidores.
- b) Que el reciente aumento del consumo de productos alcohólicos guarda relación con el creciente Stress de la vida moderna, con la elevación del nivel cultural y poder de adquisición.
- c) La publicidad favorece el consumo.

- d) Que por fin el desarrollo de un mercado internacional de tendencia libre cambista de alcohol es también potente motor de expansión.

Hay individuos que beben en exceso:

Los bebedores sociales o por costumbre, que superan la media del grupo, generalmente más allá de los límites fisiológicamente aceptables, y que, en todo caso durante un período de tiempo, que puede durar toda la vida, no presentan trastornos somáticos ni caracteriológicos importantes.

Y los bebedores problema, cuyo proceso de alcoholización, más o menos rápido y grave, conduce a la toxicomanía y su séquito de perturbaciones y complicaciones personales, familiares, profesionales y sociales.

Estas son algunas crudas verdades que deben llevarnos a (médicos, higienistas, sociólogos y moralistas) y más sencillamente a todos los hombres de buena voluntad y fé, a rechazar toda política de expansión de las bebidas alcohólicas.

El 18 de febrero de 1972, el gobierno de los Estados Unidos pasó a disposición de los medios de comunicación una nota oficial, en la que se llamaba al abuso del alcohol el mayor problema de drogas de la nación, asegurando que "consumía nueve millones de vidas y costaba a la economía del país unos 500 billones de dólares anuales".

Un mes más tarde, el 27 de marzo de éste año, la "American medical Association" afirmaba en su revista que "el alcoholismo debe considerarse como una enfermedad que requiere tratamiento médico y medidas de sanidad pública, no castigos legales. El alcoholismo al que se asocian innumerables enfermedades, ha producido más miseria que cualquier otra droga en la historia de la medicina.

Existe una clasificación práctica de Alonzo Fernández:

1) El bebedor habitual que denomina (b.excesivo regular) primeramente moderado y luego excesivo, que rara vez se embriaga y simplemente "abusa del alcohol, en el que encuentra un momento de bienestar, llegando tardamente a una alcoholomanía.

2) El bebedor enfermo Psíquico, sintomático (depresivos, delirantes, psicópatas oligofrénicos, etc.) con una alcoholomanía primaria, muchas veces impulsiva, periódica y recurrente, con embriaguez (frecuentemente patológica), que más o menos inconscientemente trata de contrarrestar depresiones, distrofias por ideas delirantes, etc. (y más rara vez potenciar una exaltación hipomaníaca, por Ejemplo).

3) El bebedor alcohólomano, también con deseo recurrente y periódico de alcohol hasta la embriaguez, para combatir vivencias desagradables de soledad, de-

sespero, etc. En este tipo fundamentalmente, considero al neurosico bebedor, con sentimientos de autoinsuficiencia, tendencia a rehuir la realidad y responsabilidades y un Yo poco eficaz en la resolución de su propia conflictiva.

Hay una serie de mecanismos e instituciones sociales desfavorables que ejercen su influencia en todos los casos de alcoholismo. Propaganda, imitación, aprendizaje, hereditarios, proselitismo, profesiones propicias al abuso alcohólico. Mecanismos más generales: La explosión Demográfica que determina aglomeraciones urbanas cada vez más incómodas e insalubres. Por la mala distribución de las tierras. Los pueblos subdesarrollados, hábilmente manejados por una política neocolonialista, con políticos autoctonos explotadores de los suyos y comprados por países super desarrollados, son cada vez más pobres, y la hiponutrición con toda clase de frustraciones, hace estragos en la humanidad.

Las condiciones técnicas, y socioeconómicas de nuestros días, cada vez más complejas, alienantes y amenazadoras y cada vez menos éticas y justas.

#### SOBRE ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS Y PSICOLOGICOS Y LAS DROGODEPENDENCIAS:

Existen factores primarios bien definidos, que contribuyen al desarrollo del alcoholismo y toxicomanías. 1) Deprivación Sociológica precoz (déficit familiar) 2) Aprendizaje y desarrollo de un mecanismo

secundario de imitación (beber alcohol y tomar drogas) 3) Proceso de regresión que comprende la descomposición socio y fisiológica.

Si aceptamos estos principios, uno de los factores más importantes en la rehabilitación de alcohólicos y adictos consistirá en proporcionar la ayuda física y psicosocial en una atmósfera de tipo familiar. En ella resulta más fácil restaurar o crear una capacidad de compartir. Puede que tal capacidad no haya existido nunca, por un déficit familiar precoz, o que se haya perdido en el proceso de regresión. En cualquier caso se puede imprimir al enfermo en un conjunto familiar nuevo.

Los grupos de ayuda mutua, cualquiera que sean sus nombres, siempre sugieren que son la "familia nueva" y quizá los que acaban integrándose en tales grupos encuentren la familia que venían buscando desde hacía tiempo. Pero otros pacientes necesitan que el proceso de familización se realice en forma más estructural y profesional donde le puedan prestar servicio biosicosociales.

Esta terapia de familización es la que se lleva a cabo en el Family Residential Center del Palm Beach Institute. La cual se desarrolla bajo 11 conceptos terapéuticos básicos: 1) El Family Residential Center, 2) Descripción inmediata en el momento del ingreso, del programa terapéutico, para que el paciente sienta confianza en él, 3) Programa terapéutico unificado, 4) Vida en comunidad familiar terapéutica, 5) Consideración de la familia natural como co-pacientes, 6) Programas especiales para cada grupo patológico principal, =

7) Intervención en el equipo terapéutico de personas recuperadas, 8) Técnicas psicoterapicas individuales y de grupo, 9) Programas flexibles relacionados con el estado de los pacientes, 10) Actuación privada, con libertad para desarrollar nuevos conceptos terapéuticos, 11) tratamiento según pacto. Con éste tratamiento han obtenido muy buenos resultados.

#### SOBRE TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE ALCOHOLICOS Y DROGOMANOS:

En el Donwood Institute Canada, Se divide en tres fases I y II se desarrolla durante un período de 4 semanas, III se prolonga por lo menos un año.

##### FASE I:

Consiste en la detoxificación, cuando es necesaria, así como en el examen y tratamiento de los trastornos físicos agudos. Durante estas primeras semanas también se lleva a cabo una valoración amplia del estado físico, mental y social, cuyos resultados se coordinan en la reunión del equipo terapéutico para elaborar a continuación el plan específico de tratamiento.

##### FASE II:

Programa combinado de educación y terapia, es mejorar el conocimiento de si mismo y de las motivaciones. Centrándose en 28 horas de terapia intensiva de grupo, donde solo se mencionan el alcoholismo y las

toxicomanías de pasada, como síntomas de trastornos psicológicos subyacentes. Instrucciones didácticas sobre lo que se puede cambiar y lo que no, causa de recaída y donde pueden encontrar ayuda durante la recuperación, y sesiones individuales con la familia.

### FASE III:

Durante éste período los enfermos locales son incluidos en grupos que se reúnen una vez por semana con los terapeutas y en los que viven fuera de la ciudad por correo. Durante la fase de recuperación se recomienda el uso de fármacos protectores Antabuse o Temposil y el entrar a formar parte de Alcohólicos Anónimos.

Con éste tratamiento se obtuvo una mejoría total en el 51% de los pacientes. Los pacientes de más edad educación superior, situación social buena son los que en mayor porcentaje se recuperaron.

### EL PSICODRAMA COMO TRATAMIENTO PARA EL ALCOHOLICO:

Para ayudar al alcohólico en su camino hacia la sobriedad, hacia una vida sana y productiva, se debe romper la relación condicionada entre la emocionalidad y el alcohol. Esto se hace con el psicodrama, llevando sus emociones hasta un punto álgido y ofreciéndole un sustituto del alcohol para que enfrente con ellas, crearles estima y confianza, para que puedan hacer frente a los problemas presentes, futuros y pasados. En el psicodrama con la ayuda de egos auxilia-

res, el director recrea situaciones antiguas para que el paciente se entrene a responder de forma espontánea a una situación concreta y para que pruebe soluciones nuevas y más adecuadas a sus problemas. El Dr. Agustín Ramírez considera que el psicodrama es el más efectivo porque combina las técnicas intelectuales, emocional e interaccional. Moreno escribe: El psicodrama consiste en escenas estructuradas, cada una de las cuales se compone de papeles estructurados, y estos de interacciones también estructuradas. Es evidente que los distintos componentes se entreguen en una sinfonía de gestos, emociones, esfuerzos e interacciones. En su desarrollo forman parte varios individuos: El protagonista (paciente), los egos auxiliares, el director y el grupo. Para crearlo se necesitan dosis grandes de emoción, pensamiento, ciencia y habilidad artística.

### El Psicodrama:

- 1) Extingue la asociación condicionada entre una conmoción emocional y la necesidad de beber.
- 2) Disminuye los sentimientos de inferioridad e inseguridad del alcohólico y eleva su auto-estimación y confianza en sí mismo.
- 3) Restaura la confianza del alcohólico en los demás.
- 4) Disminuye su ansiedad que procede de problemas pasados, de desconcierto presente en un futuro incierto.

Se revisaron varios folletos y libros de ALCOHOLICOS ANONIMOS, que es hasta la fecha el programa más simple y eficaz para toda aquella persona que quiera dejar de beber, en los cuales se hace referencia de su co-fundador BILL W., en el año de 1935 y es a quien se le debe los millares de personas que se han recuperado. También hacen referencia del daño que les ha ocasionado el alcohol a través de sus propias experiencias; así como de los pasos a seguir (y bajo las cuales se mueve el Programa de Recuperación de Alcohólicos Anónimos) todo alcohólico interesado en dejar de beber.

CLINICA MEDICA DE NORTEAMERICA DE 1970 aparece un trabajo sobre Alcoholismo, Toxicomanía y Nutrición, efectuado por profesores del colegio de medicina de Nueva Jersey. Donde hacen referencia al metabolismo del alcohol. La desnutrición que es frecuente entre alcohólicos y toxicómanos, porque no ingieren una dieta adecuada, dependiendo inicialmente de inhibición del apetito por efectos cerebrales del etanol y drogas adictivas; puede producirse más tarde a consecuencia de lesión tisular del tejido hepático que modifica la absorción y de nutrientes especiales. La deficiencia de nutrientes puede modificar el metabolismo del alcohol a partir de enzimas oxidantes del etanol, contribuir al desarrollo de síndromes neuropsiquiátricos, neuropatías periféricas y enfermedades del hígado, que suelen asociarse con alcoholismo y toxicomanía. El exceso de nutrientes no tiene efecto conocido sobre el deseo de alcohol. La terapéutica parenteral es necesaria para corregir déficit de líquidos, minerales y vitaminas en pacientes con enfermedad aguda y síndromes de supresión; interesa una dieta nutritiva con complementos adecuados para repa-

rar las lesiones crónicas de los tejidos. Tomas las comidas a horas regulares desempeña importante papel en el régimen ambulatorio de control de alcoholismo y sus complicaciones médicas.

Como se puede observar en todo lo anteriormente expuesto, desde hace mucho tiempo el licor está causando daño a la humanidad y desde entonces la lucha por combatirlo a través de diferentes programas de tratamiento, pero ha sido muy difícil lograr resolver éste problema.

## OBJETIVOS

### GENERALES:

- a) Conocer el problema que representa el alcohol en ésta área de occidente y por ende en Guatemala.
- b) Revisar como el alcohol afecta al individuo física, mental y socialmente.
- c) Dar a conocer la forma de tratamiento al paciente en el hospital general de Quezaltenango y hacer sugerencias para mejorarlo.

### ESPECIFICOS:

- a) Conocer el incremento de ingresos de pacientes alcohólicos año con año al hospital.
- b) Conocer el grupo etareo que más frecuentemente necesita hospitalización en Quezaltenango
- c) Estudiar algunas variables como: estado civil, trabajo, ingresos, antecedentes familiares y si estos influyen en su ingesta alcohólica.
- d) Conocer las clases de alcohol que ingieren y la alimentación que llevan.
- e) Conocer los diagnósticos agregados más frecuentes de ingreso, así como las complicaciones que resultan de la ingesta alcohólica.

## JUSTIFICACION

Para saber en que forma perjudica el alcohol a nuestra población, considero necesario hacer estudios de esta naturaleza. Ya que con las conclusiones que se obtengan del presente trabajo, pueden formularse recomendaciones para colaborar en la solución de este mal que padece nuestra población.

- f) Conocer hasta cuando el paciente solicita ayuda
- g) Conocer la evolución hospitalaria y de consulta externa del paciente.
- h) Conocer en que forma el alcohol afecta al individuo física, mental y socialmente.

## METODOLOGIA

Para la realización del presente trabajo se contó con la ayuda del Asesor y Supervisor de tesis, Dr. Héctor Morán O., Dr. Edwar Roberto López G., personal de archivo, proporcionando las papeletas que se investigaron retrospectivamente de todos los pacientes masculino y femenino, ingresados en el Hospital General "San Juan de Dios" de Quezaltenango, con diagnóstico de Alcoholismo Crónico o Agudo, Síndrome de Abstinencia, en el período de 1973 a 1979.

Se elaboró un cuestionario, que contiene 1 a s preguntas relacionadas con los datos a investigar:

### a) Datos Socio-Económicos-Familiares:

Edad, sexo, residencia, estado civil, con quién vive, trabajo, ingresos salariales, antecedentes familiares.

### b) Antecedentes Personales y del Hábito, síntomas y signos:

Investigando tiempo de alcoholismo crónico, días de ingesta alcohólica antes de su ingreso, clase de licor, cantidad ingerida diariamente, precio, forma de alimentación, síntomas que lo llevaron a la consulta médica, y signos encontrados a su ingreso.

c) Diagnóstico de Ingreso, por donde, Tratamiento:

Esto es si por emergencia, consulta externa, en lo referente a tratamiento desintoxicación, complicaciones alcohólicas, enfermedad agregada concomitante, psicopatía etc.

d) Resumen de Complicaciones:

Aquí se incluyen las complicaciones tanto presentadas a su ingreso como las que presentaron en el curso de su hospitalización.

a) Psicológicas (alucinaciones, delirium Tremens etc.)

b) Somáticas: analizando la de sintomáticos menores (temblor, anorexia, insomnio etc.) y mayores o de más importancia hepáticos, cardíacos etc.

c) Sociales: referentes a aspectos familiares, laborales, y sociales propiamente dichos.

e) Evolución Hospitalaria:

Teniendo en cuenta si fué buena, regular, mala, egreso contraindicación, traslado, muerte, días de hospitalización, así como el número de ingresos que han tenido al hospital.

## ANALISIS ESTADISTICO

- 1) Recopilación de datos,
- 2) Tabulación y análisis de datos,
- 3) Comparación porcentual entre hombres y mujeres,
- 4) Representación gráfica de edades, síntomas y signos.

## DEFINICION DEL PROBLEMA

### ALCOHOL

El uso i-moderado de bebidas alcohólicas crea muchos problemas en la sociedad moderna, los que se pueden dividir en 3 categorías: Psicológicos, médicos y sociológicos.

EL ALCOHOLISMO: ha sido definido tanto como un padecimiento crónico como un trastorno de la conducta, caracterizado, en cualquier caso por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas a tal grado que excede el uso dietético común, o sobrepasa las costumbres sociales de beber en la comunidad, y llega a interferir con las relaciones interpersonales, salud del bebedor y situación económica. Por lo que debe considerarse como una enfermedad que requiere tratamiento médico y medidas de sanidad pública no castigos legales.

### FARMACOLOGIA Y METABOLISMO DEL ALCOHOL:

El alcohol etílico o etanol es el ingrediente activo de la cerveza, el vino, el whisky, ginebra, aguardiente y otros. Además, las bebidas más fuertes contienen éteres enánticos, que dan el sabor, pero no tienen propiedades farmacológicas importantes, e impurezas, como el alcohol amílico (aceite de fusel) y et

acetaldehído que actúan como el alcohol pero son más tóxicos,

Se absorbe intacto por tubo digestivo, correspondiendo el 20% al estómago y el 80% al intestino; su presencia puede ser demostrada en la sangre, cinco minutos después de su ingestión, llegando a su mayor concentración, de la primera a la segunda hora. La ingestión de leche, los alimentos grasos impide su absorción por intestino (retarda), el agua lo acelera; el plasma, lo transporta a todo el cuerpo, el que se elimina el 2% por el pulmón y el resto por la orina, en concentraciones iguales que en la sangre; de 7 calorías por gramo, no se almacena, su metabolismo se verifica principalmente en el hígado dependiendo de enzimas oxidantes del etanol cuya actividad disminuye cuando hay deficiencia de proteína, vitaminas nucleóticas o zinc. Al complejo de deshidrogenasa de alcohol-NAD le corresponde principalmente la oxidación del etanol; contribuyen la catalasa, la oxidasa de NaDP y la oxidasa microsómica. Se ha comprobado que inhibidores como el pirazol, la puromicina y la actinomicina disminuyen las enzimas oxidantes del etanol y reducen tal capacidad. La tolerancia para el alcohol puede mejorar al corregir una desnutrición manifiesta.

La oxidación del alcohol desencadena cambios adaptativos de estructuras subcelulares, incluyendo hipertrofia del retículo endoplásmico y aumento de volumen de las mitocondrias. Estas anomalías disminuyen si se administran proteínas suficientes. La hiperplasia del retículo endoplásmico liso suele acompañarse de incremento de las enzimas microsómicas, facilitando

se así la oxidación del etanol y de otras grasas. Muchos alcohólicos son capaces de ingerir medio a un litro de alcohol diariamente sin efecto perjudicial notable. Tales individuos suelen presentar un aumento de las enzimas oxidantes del etanol. Los incrementos de enzimas sólo ocurren mientras se disponga de los precursores nutrientes, de manera que la depleción de nutrientes esenciales puede originar un retículo endoplásmico liso, hipertrófico y poco funcional. Se ha comprobado que los alcohólicos que no comen adecuadamente presentan una disminución de la tolerancia para el etanol y son más sensibles a las lesiones de los tejidos.

#### EFFECTOS PSICOLOGICOS Y FISIOPATOLOGICOS DEL ALCOHOL:

Con dosis intoxicantes, hay una elevación en la frecuencia y el volumen cardíacos, presión del pulso y sistólica, vasodilatación cutánea. La intoxicación prolongada provoca miopatía cardíaca y de los músculos esqueléticos, una degeneración de fibras debida, según se dice, a la supresión de la actividad de la miofosforilasa, sudación y vasodilatación produciendo hipotermia. En concentraciones bajas, es capaz de estimular las glándulas gástricas para producir ácido. El aumento del apetito es debido a la estimulación de los órganos terminales del gusto y una sensación general de bienestar similar al efecto vivificante en los estados de fatiga, es de naturaleza cerebral.

El alcohol afecta el metabolismo intermediario en las celdillas hepáticas, en particular el metabolismo de los lípidos, también ejerce efecto estimulan

te sobre la excreción renal de agua y electrólitos posiblemente por la inhibición de HaD. Los efectos más obvios de las dosis no letales de alcohol se localizan en el sistema nervioso y constituyen los síntomas y signos característicos de la intoxicación alcohólica.

Se acepta que el alcohol no es un estimulante, sino depresor del sistema nervioso central. Algunos de sus efectos tempranos, manifestados por locuacidad, agresividad, actividad excesiva y aumento de la excitabilidad eléctrica de la corteza cerebral, simulan un estado de estimulación. Sin embargo hay pruebas de que la acción inicial del alcohol es deprimir ciertas estructuras subcorticales que, por lo común, modulan o inhiben la actividad de la corteza cerebral.

Todos los tipos de acción motora, posición de pie, el habla y los movimientos oculares o más complejos son afectados de manera adversa por el alcohol. Interfiere también con la eficiencia de la función mental y con el proceso del aprendizaje que se vuelve más lento y menos efectivo. Se bloquea la facultad de formar asociaciones, el poder de atención y concentración está reducido, al igual que no puede pensar ni razonar con claridad.

Miles al formular una escala de relación de diversos grados de intoxicación clínica, con la concentración de alcohol en sangre en sujetos no habituados encontró que con 30 mg % ml hay euforia; con 50 incoordinación con 100 mg por 100 ml ataxia, con 300 estupor, y con 400 anestesia profunda, con peligro a 1

coma y muerte. En el paciente alcohólico dicha escala carece de valor, ya que es sabido que una persona habituada puede beber más y manifestar menos efectos. Se acepta que el grado de intoxicación no está únicamente en relación a su concentración sanguínea, sino que depende también del tiempo de su permanencia en el organismo, de su revoltura, del hábito, del contenido de alimentos en el estómago y susceptibilidad individual.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS DEL ALCOHOLISMO:

Se manifiestan principalmente en el aparato digestivo y el sistema nervioso.

Sobre Organos Digestivos: Los más característicos son náuseas y vómitos matutinos. Los que en forma peculiar se alivian con 1 ó 2 (tragos) copas de bebida alcohólica. Otras molestias son distensión abdominal, malestar epigástrico, eructos, síntomas típicos o atípicos de úlcera y hematemesis, en la mayoría de los casos la gastritis es benigna desapareciendo en pocos días. La úlcera péptica es frecuente, una causa menos frecuente de hematemesis es el síndrome de Mallory-Weiss.

Los pacientes admitidos en el hospital con un período prolongado de bebida y depleción dietética casi invariablemente presentan, hepatomegalia debido a infiltración grasa de las células parenquimatosas, que es reversible con dieta nutritiva y abstinencia alcohólica, cerca del 10% desarrollan cirrosis de Laennec.

Pancreatitis es otro factor de importancia que en su patogenia se considera:

- 1) Estimulación del alcohol sobre la acidez gástrica, aumentando la producción de secretina provocando un incremento en la producción de enzimas pancreáticas,
- 2) Obstrucción del flujo de enzimas, resultante de inflamación del duodeno, con edema y espasmo del esfínter de Oddi.

#### EFFECTO DEL ALCOHOL SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO:

El factor común es el abuso del alcohol. La siguiente clasificación se basa en la forma de los mecanismos, como se producen los padecimientos:

- I. Intoxicación alcohólica: embriaguez, coma, excitación ("Intoxicación Patológica")
- II. Síndrome de Abstinencia: temblores, alucinosis, delirium Tremens y alucinosis auditivas.
- III. Enfermedades nutricionales del Sistema Nervioso secundarias al alcoholismo:

- a) Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
- b) Polineuropatía.
- c) Neuropatía retrobulbar ("ambliopatía Tabaco-Alcohol").
- d) Pélagra.

IV. Enfermedades de patogenia asociadas con alcoholismo:

- a) Degeneración Cerebelar.
- b) Enfermedad de Marchiafava-Bignami.
- c) Mielinólisis Central de la Protuberancia.
- d) Atrofia Cerebral.
- e) Cardiomiopatía y Miopatía "alcohólicas".

V. Padecimientos Neurológicos Consecuencia de Cirrosis de Laennec  
Desviaciones Portosistémicas:

- A. Estupor y Coma Hepático.
- B. Degeneración Hepatocerebral Crónica.

INTOXICACION ALCOHOLICA

Los signos de intoxicación consisten en grados variables de alegría y excitación, pérdida del control personal, irregularidades de la conducta, lenguaje incoherente, incoordinación de los movimientos y del paso, irritabilidad, somnolencia estupor y coma. En raras ocasiones la intoxicación aguda se caracteriza por un comportamiento irracional, combativo y destructor, estado que se conoce como "Intoxicación patológica". Los síntomas de intoxicación alcohólica son causados por la acción depresora del alcohol sobre las células nerviosas, similar a los anestésicos generales, es muy peligrosa ya que el margen de seguridad entre dosis anestésica quirúrgica del alcohol y la que deprime la respiración (muerte) es muy pequeña.

SINDROME DE ABSTINENCIA

O DE SUPRESION

Este más que todo se presenta en el alcoholismo crónico el cual agrava todas las enfermedades latentes, aumentando el índice de mortalidad, en los asilos el 28% son psicóticos alcohólicos, repercute también en accidentes de trabajo, suicidios, crímenes, problemas en el hogar, y en la descendencia.

Los síntomas de éste síndrome se presentan después de un período de relativa o absoluta abstinencia de alcohol.

**TEMBLOR ALCOHOLICO:** es el más común, asociado a síntomas gastrointestinales en particular náusea y vómitos. Se presenta por las mañanas y se calma con unas cuantas copas. La bebida se suspende no sólo por el temblor recurrente y el vómito, también por falta de dinero, debilidad, disgusto consigo mismo. Después estos síntomas aumentan considerablemente y alcanzan su máxima intensidad en las 24 a 36 horas siguientes.

En esta etapa el paciente presenta un cuadro clínico característico. Está alerta e inquieto, y se sobresalta fácilmente, cara sonrojada, conjuntivas inyectadas, taquicardia, anorexia, náuseas, hace esfuerzos por vomitar, insomnio, agitado, falta de atención suele perder ligeramente la noción del tiempo, mala memoria. En algunos casos el temblor es tan violento que no puede pararse, hablar, comer. Este cuadro más o menos desaparece en 10-14 días por lo que es aconsejable este tiempo de hospitalización.

**ALUCINOSIS:** se presentan en la cuarta parte de los pacientes con temblores. Se queja de pesadillas que con dificultad los distingue de la realidad. Los ruidos y las sombras se interpretan equivocadamente y los objetos más comunes se desconocen dándoles una forma irreal pueden ser visuales o auditivas.

#### ALUCINACIONES AUDITIVAS AGUDAS Y CRONICAS:

Kraepelin las llama locura alucinatoria del alcohólico o manía alucinatoria y Wernicke alucinosis aguda del alcohólico. El signo central es la presen-

cia de alucinaciones auditivas en pacientes cuyo sensorio es normal. Casi siempre son de naturaleza vocal las que pueden dirigirse al paciente o discusiones entre terceras personas las que en su mayoría son reprochantes o amenazantes. Siendo capaz de recurrir a T suicidio para librarse de ellas. Se presentan más por las noches, pueden ser espontáneas y durar varios días. La recuperación total se manifiesta cuando el paciente está seguro de las voces que escuchaba eran imaginarias. Un pequeño número evolucionan a un estado de alucinaciones auditivas crónicas.

**EPILEPSIA ALCOHOLICA:** después de un breve período de abstinencia alcohólica 12-36 horas el paciente sufre ataques convulsivos, después del cual deja de sufrir las convulsiones hasta el siguiente ciclo de abriedad y abstinencia. A veces los pacientes desarrollan un estado epiléptico, evolucionando hasta el delirium Tremens. Los ataques de éste tipo se presentan en pacientes que han estado bebiendo durante varios años, de manera que hay necesidad de distinguirlos de otros tipos de epilepsia cuya iniciación se presentan en la edad adulta.

El electroencefalograma refleja una secuencia de cambios engendrados por el alcohol en sí: disminución en la frecuencia de las ondas del cerebro durante el período de intoxicación crónica; el rápido regreso del electroencefalograma a lo normal después de beber; breve período de disritmia (ondas agudas y cambios paroxísticos) que coincide con las convulsiones y regreso rápido a lo normal.

**DELIRIUM TREMENS:** Una de las más graves compli-

caciones del alcoholismo, se caracteriza por confusión profunda, ilusiones, alucinaciones muy vívidas temblor, agitación, somnolencia, pupilas dilatadas, fiebre, taquicardia, sudación. Se presenta en varias formas. El paciente, un bebedor inmoderado y consuetudinario durante muchos años, ingresa al hospital por un padecimiento cualquiera o bien después de varios días de bebida y de sufrir durante varios días temblor, alucinaciones o ataques, e incluso una vez recuperado de estos síntomas, es atacado en forma súbita de delirium tremens. En la mayoría de los casos es benigno y de corta duración y termina tan bruscamente como comenzó, después de caer en un sueño profundo despierta lúcido, ambriente y sin recordar nada. La duración total puede ser de unos días o prolongarse 4-5 semanas. El tipo recurrente es el más confuso y que los períodos de lucidez y delirium varían en intensidad y frecuencia.

Es mortal aproximadamente en el 15% de los casos. El examen anatomopatológico no demuestra nada en particular, excepto en aquellos pacientes que hubo choque, hipoxia terminal o desequilibrio de electrolitos donde histopatologicamente existía edema, inflamación cerebral. Las concentraciones sanguíneas de nitrógeno no proteico, bioxido de carbono líquido cefalorraquideo cloruros, glucosa, potasio y magnesio tampoco revelaron ninguna anomalía. Se ha confirmado que la abstinencia del alcohol, después de una intoxicación crónica, es un factor esencial en la génesis de este síndrome.

#### ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO DE TIPO NUTRICIONAL

Comprenden un grupo pequeño pero de graves con-

secuencias, que se observa en alcohólicos crónicos.

**POLINEUROPATIA ALCOHOLICA:** no se sabe si la deficiencia de tiamina, piridoxina, ácido pantoténico o de varias vitaminas del complejo B. Nunca se ha encontrado una neuropatía debida al efecto directo del alcohol.

Después de varios meses (aproximadamente 3) de llevar una dieta insuficiente aparecen adormecimiento hormigueo y adolorimiento de los pies, debilidad de los músculos de M.I. debilidad de la respuesta plantar flexora, los reflejos tendinosos (aquileo y patelar están disminuidos, la sensibilidad a la vibración posición y tacto también. Los nervios que terminan en los músculos y piel del tronco están intactos conforme el progreso de la enfermedad aparecen signos neurológicos en M.S. Las estructuras craneales están intactas excepto cuando se agrega la enfermedad de Wernicke, en cuyo caso habrá parálisis de ambos nervios motores oculares externos y de la mirada conjugada lateral, nistagmo ataxia cerebelosa para la marcha, confusión mental y disminución de la memoria (Psicosis de Korsakoff), Si se agrega pelagra o mielopatía nutricional habrá signos de neuropatía retrobulbar, sordera y signos de afección piramidal.

Si progresara este cuadro el paciente queda confinado a la cama. Sin embargo acuden al médico cuando aún sólo hay una neuropatía subclínica. Si no se hace tratamiento progresa en semanas o meses hacia una atrofia intensa de los músculos de las piernas, entrando a la fase de cronicidad. Al mismo tiempo puede encontrarse Cirrosis alcohólica y anemia nutricional. El

LCR es normal en casi todos los casos.

Las alteraciones patológicas primaria es degeneración axonal con destrucción del cilindro eje y vaina de mielina; también se encuentran grados variables de desmielinización segmentaria. El curso de la enfermedad siempre se detiene con vitaminas B, entablillar miembros paralizados, movilización pasiva para prevenir contracturas, analgésicos para el dolor. El enfermo fallece por cardiopatía del beri beri agregada o por Cirrosis.

## ENFERMEDADES ALCOHOLICAS

### DE PATOGENIA DUDOSA

Se incluyen en esta categoría diversos trastornos raros que casi siempre se encuentran en pacientes alcohólicos, pero su relación con el uso excesivo del alcohol es oscura.

DEGENERACION CEREBELOS A DE ORIGEN ALCOHOLICO: se observa en la edad adulta, con antecedente alcohólico. Los signos corresponden a los de la disfunción cerebrosa, estando alterados la posición de pie y la marcha.

ENFERMEDAD DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI (Degeneración primaria del cuerpo calloso): Se caracteriza por síntomas diversos, trastornos Psíquicos y emocionales,

delirio y confusión mental, ataques convulsivos, diversos grados de temblor, rigidez, parálisis, apraxia, afasia, reflejos de succión y de prensión. Anatomopatológicamente consiste en desmielinización de áreas simétricas del cuerpo calloso. Se presentan diversos grados de recuperación con abstinencia alcohólica y buena nutrición.

MIELINOLISIS DE LA PROTUBERANCIA: Afecta el centro de la base de la protuberancia, y el cual consiste en destrucción de las fibras meduladas, en un solo foco simétrico. La enfermedad se manifiesta por parálisis pseudobulbar y cuadriplejía, generalmente la lesión es tan pequeña que no causa síntomas y se encuentra solo en la autopsia.

ATROFIA CEREBRAL: se encuentra en pacientes jóvenes y en algunos se acompaña de diversas complicaciones como el síndrome de Wernicke-Korsakoff. La Miopatía "Alcohólica" que se refiere a varios padecimientos de los músculos esqueléticos y cardíacos, y que aparecen en asociación con el alcoholismo crónico,

## PADECIMIENTOS NEUROLOGICOS CONSECUCENCIA

### DE LA CIRROSIS Y

### DESVIACIONES PORTOSISTEMICAS

COMA HEPATICO: Se asocia con anomalías electroencefalográficas típicas, y una intermitencia pecu

liar de la contracción muscular sostenida. Los que mueren en coma hepático muestran un aumento en el tamaño de los astrocitos protoplasmáticos del SNC, y de la corteza cerebral. Con menos frecuencia la cirrosis se complica con una forma crónica e irreversible de enfermedad hepatocerebral, cuyos principales síntomas son demencia, disartria, ataxia, atetosis. Estas dos afecciones se caracterizan por anememia.

### TRATAMIENTO DEL PACIENTE ALCOHOLICO

Este debe estar encaminado a aliviar las complicaciones gastrointestinales, hepáticas, neurológicas etc. en lo que sea posible, así como la desintoxicación del paciente en su fase aguda de embriaguez, lavado gástrico, evitar la hipotensión y colapso cardíaco, venoclisis de suero glucosado con hipertensores - si fuera necesario, respiración artificial. En Síndrome de Abstinencia: suero glucosado con vitaminas tiamina, complejo B, antieméticos, gluconato de calcio si presentara signos de deficiencia. Esto sería en cuanto al padecimiento clínico o neurológico asociado con alcohol. Pero aunque no necesitara hospitalización puede estar incapacitado seriamente en su vida marital, social y económica.

El problema del alcoholismo es enorme, por lo que cada médico interesado puede iniciar un programa, haciendo una buena historia clínica, establecer contacto personal con el enfermo, verlo con frecuencia. Esto podría iniciarse en el período de convalecencia, haciéndole conciencia del peligro que corre

al continuar bebiendo, no se adoptará la actitud de moralizante o de castigo, ni se dará la impresión al enfermo de que es un proscrito, a causa de su enfermedad. Debe sentir que él es el responsable de su enfermedad.

Si no se logra convencer al paciente, es necesario confinarlo a un hospital psiquiátrico o a una institución especializada en el manejo de alcoholismo.

Hay personas que después de varias recaídas logran una sobriedad completa, por lo que es necesario no abandonarlas. En esta fase es útil el antabuse, que inhibe el metabolismo del acetaldehído, que se acumula en los tejidos, por lo que cuando se pone en contacto con el alcohol, manifiesta su intolerancia provocando: cefalea, vómitos, sofocación, palpitaciones, desvanecimientos, desmayos con tendencia al colapso y sensación de muerte, predisponiéndolos al síncope; dosis 15 mg por Kg de peso ó 0.5 g., cada día. Se inicia tratamiento por lo menos una semana después que ha dejado de beber y se le indican los peligros de mezclar alcohol con éste medicamento. También está el tratamiento por aversión consiste en administrar simultáneamente un trago de alcohol y una inyección de emetina, pero es más utilizado el anterior.

Luego animarlos para que visiten Alcohólicos Anónimos (AA) que es una sociedad fraternal de antiguos alcohólicos, que ha resultado la fuerza simple más efectiva en rehabilitación de pacientes alcohólicos. También pueden visitar otras instituciones que se dediquen a tratar problemas de esta índole.

PRESENTACION Y ANALISIS DE

RESULTADOS

Cuadro N.1

Total de pacientes alcohólicos atendidos en el Hospital General San Juan de Dios de Quetzaltenango. 1973-1979.

AÑO	1o.Ingreso	Reingreso	Total
1973	44	12	56
1974	45	15	60
1975	55	22	77
1976	44	25	69
1977	71	25	96
1978	78	27	105
1979	83	156	576

Como se puede observar el incremento de pacientes alcohólicos que necesitan hospitalización va en aumento año con año, excepto en 1976 que hubo una pequeña baja en relación a 1975, pero en los años siguientes presenta un notable aumento.

Cuadro No.

REINGRESOS

No. de Reingresos por paciente.	Total	% Hombres	% Mujeres
1	20 4.76	60	60
2	40 9.52	75	25
3	10 2.38	70	30
4	4 0.95	75	25
5	2 0.47	100	

En este cuadro se observa que de los 176 casos reingresados predominan los de 2 reingresos y que un 18.1% del total de pacientes son los que consultan nuevamente, sólo al tener necesidad hospitalaria.

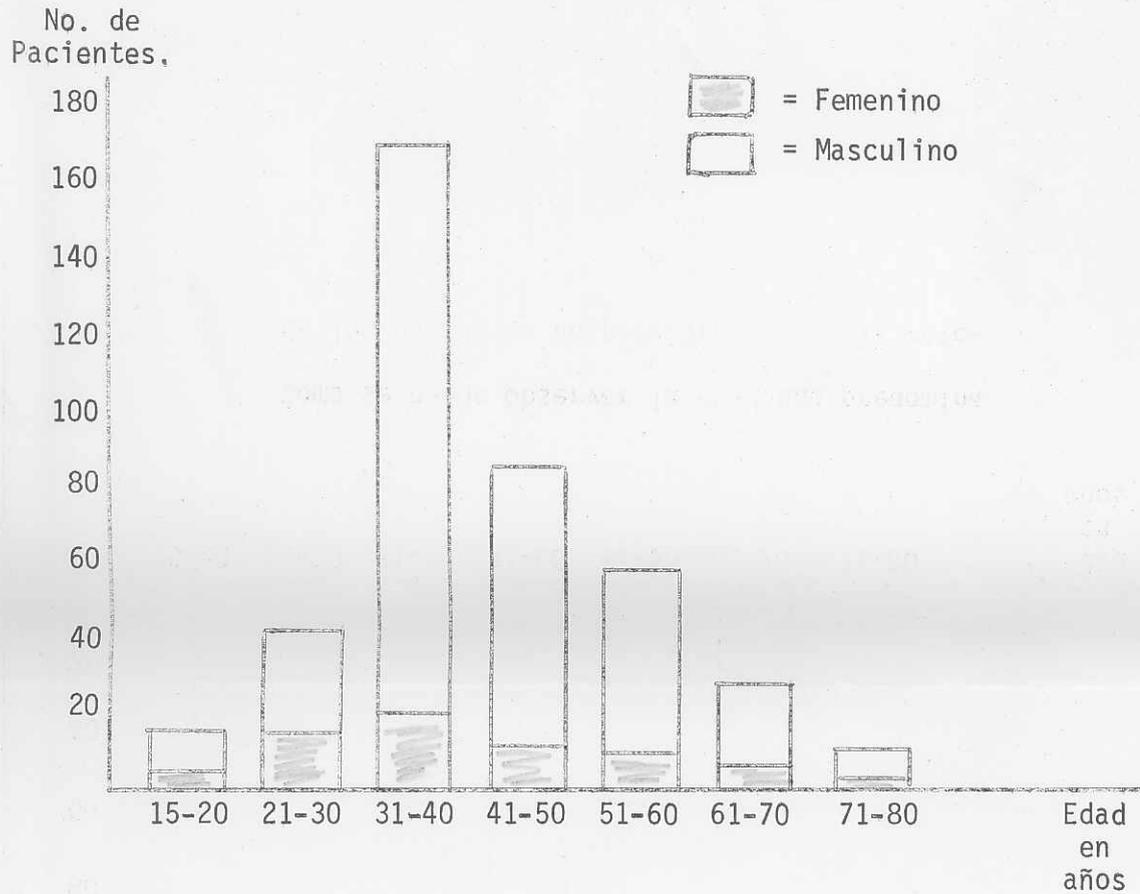
Cuadro NO. 3  
 CLASIFICACION DE LOS PACIENTES  
 POR GRUPO ETAREO Y SEXO

Edad en años	No.	%	M	% 1er. Ingreso	F	% 1er. Ingreso
15-20	16	3.8	11	2.6	5	1.2
21-30	14	10.5	30	7.2	14	3.3
31-40	172	40.9	152	36.2	20	4.7
41-50	86	20.5	74	17.6	12	2.9
51-60	60	14.3	50	11.9	10	2.4
61-70	30	7.1	25	5.9	5	1.2
71-80	12	2.9	9	2.2	3	0.7
TOTAL	420	100	351	83.6	69	16.4

Como se puede observar en este cuadro se incluye solo el total de pacientes alcohólicos de 1er. Ingreso, de los cuales la edad que predomina con necesidad hospitalaria es la referente a los pacientes que tienen entre 31-40 años. También se puede ver que la relación hombres/mujeres es de 5 a 1, según porcentajes 83.6% y 16.4.

REPRESENTACION GRAFICA EN BARRAS DE LOS PACIENTES

REPRESENTACION GRAFICA EN BARRAS DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS DE PRIMER INGRESO AL HOSPITAL GENERAL DE QUETZALTENANGO, DIVIDIDOS EN GRUPOS ETAREOS DURANTE EL PERIODO DE 1973 - 1979.



Como se puede observar la edad que predomina de los pacientes hospitalizados, es la referente 31 a 40 años de edad.

CUADRO No. 4

RESIDENCIA

Lugar	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Quetzaltenango	185	44	87.03	12.97
Salcajá	52	12.4	80.77	19.23
Almolonga	25	6.	80.00	20.00
Cantel	24	5.7	75.00	25.00
Olintepeque	20	4.76	65.00	35.00
La Esperanza	12	2.85	83.34	16.66
San Juan Ostuncalco	12	2.85	83.34	16.66
Palestina	8	1.90	75.00	25.00
Sivilia	7	1.66	85.72	14.28
Concepción Chiquirichapa	6	1.42	83.34	16.66
San Martín	4	.95		
San Carlos Sija	3	.71		
Colomba	3	.71		
El Palmar	2	.47		
Coatepeque	2	.47		
Flores Costa Cuca	1	.24		
Totonicapán	9	2.14	77.78	22.22
San Cristóbal Totonicapán	8	1.9	75.00	25.00
San Andrés Xecúl	5	1.19	75.00	20.00
Momostenango	4	.95	75.00	25.00
San Marcos	5	1.19		
San Pedro Sacatepéquez	3	.71		
Tumbador	2	.47		
Tejutla	1	.24		
Mazatenango	1	.24		
Cuyotenango	2	.47	50.00	50.00
Retalhuleu	2	.47		
Guatemala	2	.47		
Tecpán	1	.24		

En este cuadro se ve que la mayoría de pacientes pertenecen a la Cabecera Departamental en un 44% del total. Siguiéndole entre los pueblos pertenecientes a Quetzaltenango, Salcajá con un 12.4% y que un 10.7% pertenecen a otros Departamentos.

CUADRO N. 5

ESTADO CIVIL

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Casado	148	35,23	87.84	12.16
Separado	85	20.23	83,53	16.47
Amancebado	100	23,80	87,00	13.00
Soltero	60	14.28	75.00	25.00
Viudo	27	6,42	63.00	37.00

En este cuadro se observa que la mayoría s o n pacientes casados, unidos; pero que un 40.95% son se- parados, solteros, viudos, Y que el porcentaje de mu- jeres viudas supera a los demás.

CUADRO No. 6

CON QUIEN VIVE.

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Con familia	318	75.71	83.65	16.35
Solos	98	23.33	85.72	14.28
Dato desconocido	14	3.33	78.58	21.42

En este cuadro se puede observar una relación mayor de hombres solos en relación con las mujeres.

CUADRO No. 7

CLASE DE TRABAJO

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Doméstico	68	16.19	14.71	85.29
Tejedor	48	11.42	93.75	6.25
Comerciante Ambulante	42	10.00	95.24	4.76
Jornalero	40	9.52	95.00	5.00
Agricultor	30	7.14	100.00	
Mecánico	26	6.19	100.00	
Zapatero	20	4.76	100.00	
Oficinista	20	4.76	100.00	
Piloto automovilista	18	4.28	100.00	
Albañil	17	4.04	100.00	
Sastre	13	3.09	100.00	
Maestro-Perito Contador	10	2.38	100.00	
Conserje	11	2.61	100.00	
Panificador	9	2.14	88.89	11.11
Camaronero	9	2.14	100.00	
Obrero	8	1.90	100.00	
Carpintero	7	1.66	100.00	
Herrero	6	1.42	100.00	
Limpia carros	6	1.42	100.00	
Lustrador	3	.71	100.00	
Músico	3	.71	100.00	
Licenciado	2	.47	100.00	
Ingeniero	1	.42	100.00	
Dato desconocido	3	.71	100.00	

Como se puede observar en este cuadro la mayoría de pacientes que reportaron clase de trabajo, pertenecen en su mayoría a trabajo no calificado y que un 85.29% del trabajo doméstico pertenece a las mujeres.

CUADRO No. 8

INGRESOS - SALARIOS MENSUALES

Quetzales	Total	%	Hombres %	Mujeres %
10 - 20	14	3.33	78.57	21.43
21 - 30	16	3.80	75.00	25.00
31 - 40	5	1.19	100.00	
41 - 50	7	1.66	71.43	28.57
51 - 60	6	1.43	100.00	
61 - 70	3	.71	66.67	33.33
71 - 80	11	2.61	100.00	
81 - 90	8	1.90	100.00	
91 - 100	9	2.14	100.00	
101 - 125	1	.24	100.00	
126 - 150	1	.24	100.00	
151 - 175	1	.24	100.00	
176 - 200	1	.24	100.00	
Dato desconocido	377			

En este cuadro que representa los ingresos mensuales, se puede observar que la mayoría de pacientes no aparece el dato de cuanto gana, pero en los que lo reportaron se ve que sus ingresos son muy bajo, menos de Q.100.00.-

CUADRO No. 9

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Padre alcohólico	23	5.47	100	
Padre murió de alcoholismo	18	4.28	100	
Hermanos alcohólicos	5	1.19	100	
Madre murió de alcoholismo	4	.95	50	100
Dato desconocido	372			

En este cuadro se puede observar que existe cierta tendencia a ser hereditario el alcoholismo, aunque en la mayoría no se preguntó este dato.

CUADRO No. 10

## AÑOS DE ALCOHOLISMO CRONICO

Años	Total	%	Hombres %	Mujeres %
0 a 5	18	4.28	33.34	66.66
6 a 10	16	3.81	81.25	18.75
11 a 15	48	11.43	85.42	14.58
16 a 20	66	15.71	87.88	12.12
21 a 25	18	4.28	88.99	11.11
26 a 30	7	1.66	100.00	

Dato desconocido 247

En este cuadro se puede observar que en su mayor porcentaje de pacientes alcohólicos que necesitan hospitalización, llevan años de bebida alcohólica 16 a 20, y que en los pacientes de 0-5 años el mayor porcentaje de hospitalización está representado por el sexo femenino.

CUADRO No. 11

## DIAS DE INGESTA ALCOHOLICA ANTES DE SU INGRESO.

Días	Total	%	Hombres %	Mujeres %
5 a 10	55	13.09	80.00	20.00
11 a 20	40	9.52	80.00	20.00
21 a 30	32	7.62	71.85	28.15
31 a 40	3	.71	100.00	
41 a 50	4	.95	75.00	25.00
51 a 60	10	2.38	100.00	
61 a 70	1	.24	100.00	
71 a 80	2	.47	100.00	
81 a 90	3	.71	33.33	66.67
91 a 100	2	.47	100.00	
101 a 125	6	1.42	83.34	16.66
126 a 150	4	.95	100.00	
151 a 175	1	.24	100.00	
176 a 200	8	1.90		

Dato desconocido 249

En este cuadro se observa que la mayoría de pacientes antes de su hospitalización tardan tomando entre 3 - 30 días consecutivos.

CUADRO No. 12

CLASE DE ALCOHOL QUE INGIEREN

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Clandestino	128	30.47	85.94	14.06
De Ley	24	6.71	75.00	25.00
46 Clandestino y de Ley	82	19.52	91.25	8.75
Dato desconocido	186			

En este cuadro se puede apreciar que en los que reportaron este dato, la mayoría ingieren aguardiente clandestino y también hay gran parte que ingieren clandestino y de Ley (distintas marcas) una minoría el 6.7 ingieren solo de ley. Respecto al precio no aparecen datos.

CUADRO No. 13

CANTIDAD DIARIA DE INGESTA

No. de Octavos	Total	%	Hombres %	Mujeres %
1 a 2	22	5.24	82.73	17.27
3 a 4	41	9.76	75.61	24.39
5 a 6	60	14.3	15.00	5.00
47 7 a 8	16	3.80	100.00	
9 a 12	8	1.90	100.00	

En este cuadro se puede observar entre los que reportaron No. de octavos que se toman al día, que la mayoría toma entre 5-6 octavos, que dentro las mujeres toma entre 3-4 octavos.

CUADRO No. 14

ALIMENTACION AL ESTAR TOMANDO

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Mala	88	20.95	82.95	17.05
Regular	42	10.00	78.57	21.43
Buena	10	2.38	70.00	30.00
Dato desconocido	280			

48

BUENA: Se refiere a personas que en la historia dicen comer bien durante están tomando.

REGULAR: Personas que comen muy poco durante están tomando.

MALA: Las que refieren no ingerir alimentos durante están tomando.

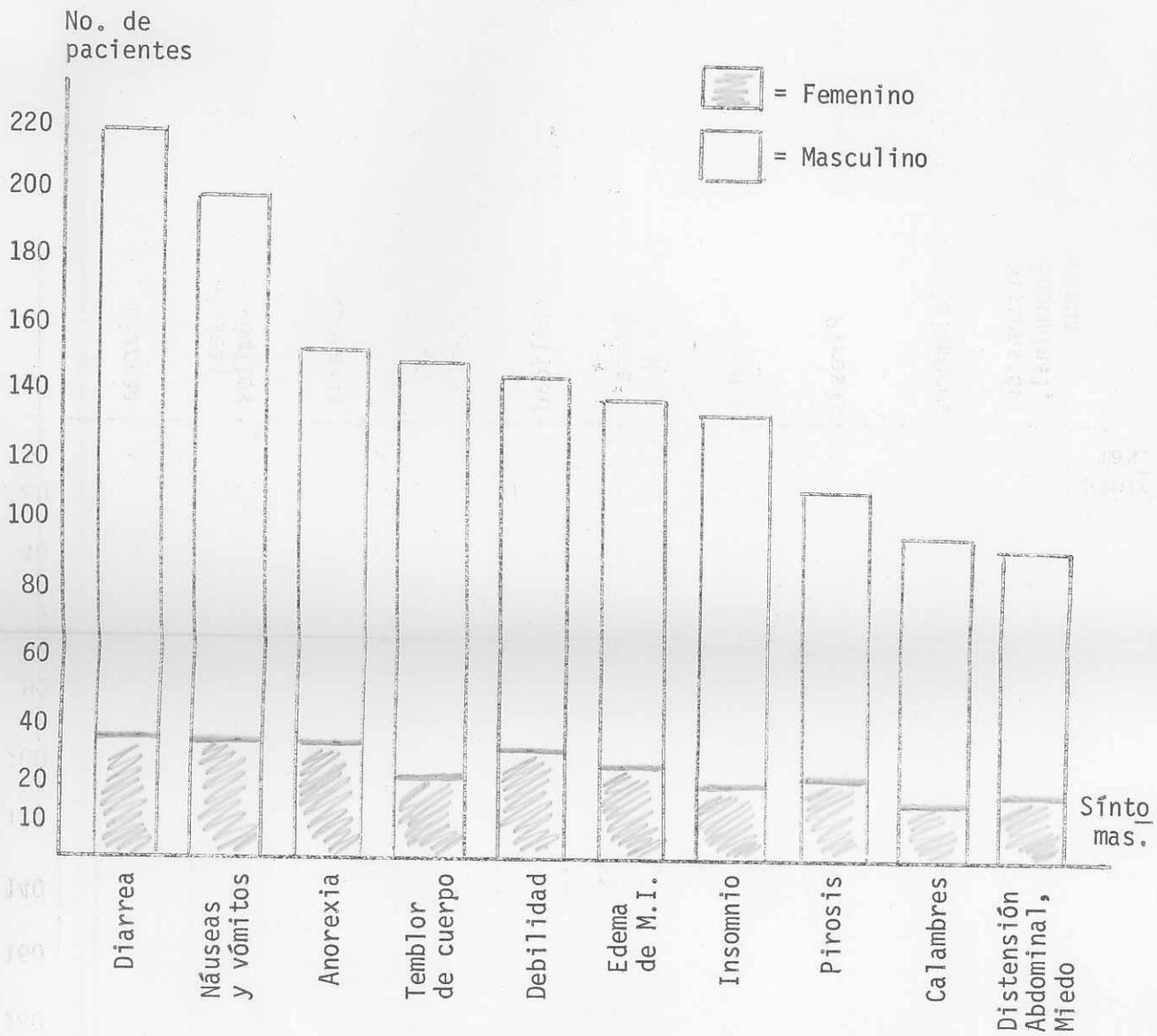
Cómo se puede observar dentro de los que refieren este dato la mayoría en un 62.87% reportan mala alimentación durante están bebiendo.

## SINTOMAS DE INGRESOS

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Diarrea	218	51.90	82.57	17.43
Vómitos y Náuseas	198	47.14	81.82	18.18
Temblor de cuerpo	148	35.23	83.11	16.89
Anorexia	152	36.19	76.98	23.02
Debilidad	144	34.28	76.39	23.61
Edema de Miembros Inf.	138	32.86	78.26	21.74
Insomnio	134	31.90	82.84	17.16
Pirosis	122	29.04	79.51	20.49
Calambres	98	23.33	81.63	18.37
Distensión abdominal	94	22.38	79.79	20.21
Miedo	94	22.38	73.41	26.59
Disuria	94	22.38	73.41	26.59
Mareos	88	20.95	60.23	39.77
Flatulencias Eructos				
Dolor abdominal	87	20.71	71.27	28.73
Nerviosismo	83	19.76	81.93	18.07
Palpitaciones	80	19.05	80.00	20.00
Tos	78	18.57	74.36	25.64
Desorientación	72	17.14	75.00	25.00
Alucinaciones	66	15.71	81.82	18.18
Diarrea con Sangre	62	14.76	80.65	19.35
Orina color Coca Cola	55	13.1	76.37	23.63
Angustia	48	11.43	79.17	20.83
Vómitos con Sangre	48	11.43	70.84	29.16
Piel Amarillenta	45	10.71	68.89	31.11
Cambios de Conducta	38	9.05	76.32	23.68
Disnea	34	8.1	76.47	23.53
Delirios	34	8.1	73.53	26.47
Pérdida de peso	33	7.86	75.76	24.24
Cefálea	28	6.66	64.30	35.70
Postración	9	2.14	66.67	33.33
Tomó Fósforo blanco	8	1.90	100.00	
Pesadillas	5	1.19	80.00	20.00

Como se puede observar en este cuadro la mayoría de Síntomas se refieren a problemas, gastrointestinales y dentro de estos la Diarrea, Náuseas y vómitos, representan el 99.5 % del total de pacientes.

REPRESENTACION GRAFICA EN BARRAS DE LOS  
 PRIMEROS SINTOMAS DE PACIENTES QUE  
 INGRESARON CON DIAGNOSTICO DE ALCOHOLIS  
 MO AL HOSPITAL DE QUEZALTENANGO EN LOS  
 AÑOS DE 1973-1979.



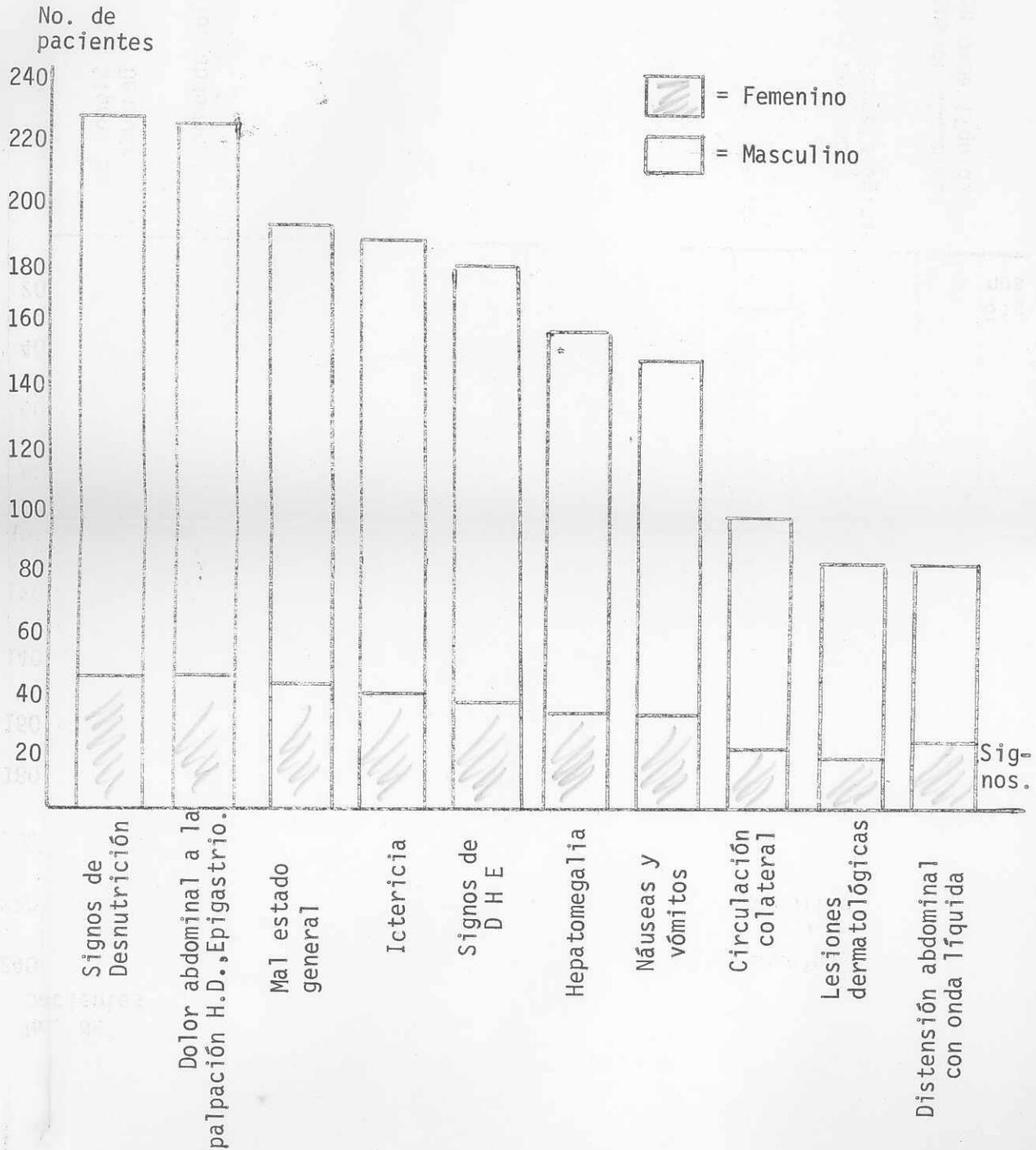
Se puede observar que los 10 primeros síntomas que refieren los pacientes se trata de problemas gastrointestinales y del sistema nervioso.

## SIGNOS DE INGRESO

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Signos de desnutrición	225	53.57	82.22	17.78
Dolor a la palpación				
H.D. y epigastrio	222	52.86	81.08	18.92
Mal estado general	190	45.24	78.95	21.05
Ictericia	185	44.05	80.54	19.46
Signos de DHE	176	41.90	80.68	19.32
Hepatomegalia	155	36.90	80.65	19.35
Náuseas y vómitos	146	34.76	79.45	20.55
Circulación colateral	95	22.62	78.95	21.05
Lesiones dermatológicas	80	19.05	81.75	18.75
Distensión abdominal				
con onda líquida	80	19.05	75.00	25.00
Estertores	72	17.14	75.00	25.00
Presión arterial baja	70	16.66	72.86	27.14
Fiebre	68	16.19	72.06	27.94
Caries dental	68	16.19	70.59	29.41
Estado de ebriedad	65	15.48	72.31	27.69
Ojos inyectados	65	15.48	70.77	29.23
Incoherente	64	15.24	71.25	18.75
Taquicardia	63	15.00	79.37	20.63
Hematemesis	48	11.43	83.34	16.66
Garganta hiperémica	40	9.52	62.5	37.5
Pediculosis	35	8.33	20.00	80.00
Convulsiones	25	5.95	80.00	20.00
Estuporoso	18	4.28	78.89	11.11
Sig.de Fx. Dif. Resp.	20	4.76	80.00	20.00
Epistaxis	12	2.86	83.34	16.66
Presión arterial alta	12	2.86	75.00	25.00
Fiebre	12	2.86	83.34	16.66
Úlceras en M. Inf.	8	1.90	75.00	25.00
No control de Esfinters	3	.71	100.00	
Ginecomastia, Otorragia	3	.71	100.00	
Golpes Traumáticos	8	1.90	87.5	12.50

Como se puede observar todos los signos se refieren a distintas partes del cuerpo, siendo en su mayoría dirigidos a problemas Gastrointestinales, Hepáticos, Nutricionales. Llama la atención la pediculosis que está representada en un 80% en las mujeres, todos los de-

REPRESENTACION GRAFICA EN BARRAS DE LOS 10  
 PRIMEROS SIGNOS FISICOS DE PACIENTES QUE  
 INGRESARON CON DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO  
 AL HOSPITAL DE QUEZALTENANGO  
 EN LOS AÑOS DE 1973-1979.



En esta gráfica se observa que los 10 primeros signos, más que todo están referidos a problemas nutricionales, hepáticos y gástricos.

CUADRO No. 17

DIAGNOSTICOS DE INGRESO REFERENTES A ALCOHOLISMO MAS DIAGNOSTICOS AGREGADOS. -

	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Etilismo Crónico	240	57.14	83.33	16.67		
Etilismo Agudo	65	15.47	74.62	15.38		
Etilismo Agudo y Crónico	32	7.61	74.37	15.63		
Síndrome de Abstinencia	45	10.71	77.78	22.22		
Síndrome de Abstinencia más Etilismo Crónico	38	9.05	89.47	10.53		
Cirrosis	70	16.67	74.29	25.71		
Hepatitis alcohólica	64	15.24	76.56	23.44		
Gastroenteritis	53	12.62	73.59	26.41		
Colitis	50	11.90	72.00	28.00		
D H E	46	10.95	78.26	21.74		
D C A	44	10.48	79.55	20.45		
Gastritis hemorrágica	43	10.24	81.40	18.60		
Enfermedad Péptica	36	8.57	72.22	27.78		
G E C A	30	7.14	83.33	16.67		
B N M	27	6.43	74.08	25.92		
Delirium Tremens	23	5.48	82.61	17.39		
Infección urinaria	14	3.33	42.86	57.14		
Síndrome convulsivo	14	3.33	78.57	21.43		
Fractura de Miembros Inf.	10	2.38	90.00	10.00		
Accidente C. Vascular	10	2.38	50.00	50.00		
Pancreatitis	8	1.90	87.50	12.50		

CONTINUACION DEL CUADRO No. 17

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Intoxicación por fósforo blanco	8	1.90	100.00	
Dermatitis	7	1.67	100.00	
Politraumatizado	7	1.67	100.00	
Hemorroides	7	1.67	100.00	
Artritis	7	1.67	71.43	28.57
TB Pulmonar	7	1.67	100.00	
Conjuntivitis	7	1.67	100.00	
Shok hipovolemico	7	1.67	71.43	28.57
Hipertensión	6	1.43	66.67	33.33
Varices esofágicas				
Sangrantes	6	1.43	83.34	16.66
Pelagra	6	1.43	100.00	
Fx.de miembros Superiores	5	1.19	100.00	
Diabetes	4	.95	75.00	25.00
Insuficiencia Cardíaca	4	.95	75.00	25.00
Gonorrea	4	.95	100.00	
Síndrome de Mallory-Weiss	3	.71	100.00	
Cervicitis	3	.71		100.00
Fx.de cráneo más hematoma subdural	2	.48	100.00	
Miosis	2	.48	100.00	
Hipogonadismo	2	.48	100.00	
Esofagitis Corrosiva por Agua de Cal	2	.48	100.00	
Fx.de cráneo más contusión cerebral	2	.48	100.00	
Hipertrofia prostática	2	.48	100.00	
Hernia Inguinal	2	.48	100.00	

Como se puede observar entre el 100% de diagnósticos referentes a etilismo, el mayor porcentaje es el de alcoholismo Crónico y dentro de estos los diagnósticos más frecuentes agregados, son los referentes al sistema hepático y gastrointestinal.

CUADRO No. 18

POR DONDE INGRESO

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Emergencia	245	58.33	84.90	15.10
Consulta Externa	175	41.66	81.72	18.28

Se puede observar que la mayoría de pacientes alcohólicos ingresan por Emergencia, esto es debido a que consultan cuando se sienten muy enfermos.

CUADRO No. 19

TRATAMIENTO

56

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Desintoxicación y complicaciones	175	41.66	81.14	18.86
Desintoxicación	80	19.05	78.75	21.25
Complicaciones	161	38.33	88.20	11.80
Dato desconocido	4			

Como se puede observar el 80% de los pacientes necesitan tratamiento de las complicaciones aparte de su desintoxicación alcohólica

CUADRO No. 20

RESUMEN DE COMPLICACIONES PSIQUICAS

57

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
ALUCINOSIS ALCOHOLICA	62	14.76	75.81	24.19
EMBRIAGUECES PATOLOGICAS	48	11.43	83.33	16.67
DELIRIUM TREMENS	24	5.71	79.17	20.83
SINTOMAS PSICOS MENORES	182	43.33	78.02	21.98

En este cuadro se trata de presentar los trastornos psicológicos de los pacientes en forma resumida, incluyendo los ya mencionados, como los que presentaron durante su hospitalización o que ellos referían. Dentro de los cuales la mayoría está representado por síntomas Psíquicos menores.

CUADRO No. 21

## RESUMEN DE COMPLICACIONES SOMATICAS

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Síntomas Menores	312	74.28	87.5	12.5
Síndromes Neurológicos	62	14.76	80.65	19.35
Síndromes Digestivos	309	73.57	85.76	14.24
Síndrome Cardio Respiratorio	63	15.00	76.19	23.81
Síndrome de Desnutrición	50	11.90	80.00	20.00
Otros Síndromes	108	25.71	81.48	18.52

Dentro de este cuadro se incluyen las complicaciones que presentaron los pacientes a su ingreso y las que presentaron durante su evolución en el hospital, observando que más de la mitad de los pacientes sufren complicaciones digestivas, principalmente gástricas y hepáticas.

CUADRO No. 22

## RESUMEN DE COMPLICACIONES SOCIALES

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Desintegración del Hogar	85	20.24	76.47	23.53
Pérdida del Trabajo	92	21.90	95.65	4.35
Riñas en el Hogar	84	20.00	79.76	20.24
Problemas en el Trabajo	111	27.14	94.74	5.26
Conducta Antisocial	75	17.86	88.67	21.33
Accidentes	32	7.62	93.75	6.25

En este cuadro se puede observar que la mayoría de pacientes refieren complicaciones sociales referente a problemas en el trabajo y el hogar.

CUADRO No. 23

EVOLUCION HOSPITALARIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

	Total	%	Hombres %	Mujeres %
Buena	130	30,95	87,69	12,31
Regular	112	26,67	83,93	16,07
Egreso contraindicación	42	10,00	76,19	23,81
Malá	77	18,33	81,82	18,18
Traslado a otra institución	16	3,81	93,75	6,25
Muerte	42	10,00	76,19	23,81

Cómo se puede observar un 30,95% de los pacientes sigue una buena evolución, pero el resto en general sigue una mala evolución como se puede observar en el cuadro, considerando también que el porcentaje de muertos es elevado, siendo en su mayoría por problemas hepáticos (coma). Su evolución por consulta externa no se pudo seguir ya que ningún paciente consulta hasta que es necesaria su hospitalización.

CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de pacientes alcohólicos que ingresan al Hospital General de Quezaltenango, aumenta año con año al igual que el número de ingresos,
- 2) La mayor parte de pacientes alcohólicos en un 40,9% se encuentran comprendidos dentro de las edades de 31-40 años, con una relación de hombres/mujeres 5 a 1 según C. No. 3 clasificados por edades. Pero en los siguientes cuadros, sigue una relación de 5 a 1, 4 a 1 semejándose a las relaciones que han encontrado en otros países.
- 3) Un 44% de pacientes alcohólicos pertenecen a la cabecera departamental, siguiendo en segundo lugar de los pueblos pertenecientes a Quezaltenango Salcajá con un 12.4%.
- 4) Un 40.95% son pacientes separados, solteros, viudos, Esto puede influir en su ingesta alcohólica.
- 5) En un 23,33% son pacientes que viven solos
- 6) En un 91% son pacientes con trabajo no calificado y su ingreso económico mensual por abajo de Q,100.00.-

- 7) De los pacientes que reportaron tiempo de bebida alcohólica el 41.19% del total. El 38.15% acuden al hospital entre 16-20 años de alcoholismo crónico y 5-30 días consecutivos de ingesta alcohólica, en una cantidad de 5-6 octavos diarios, con una alimentación mala.
- 8) De los pacientes que reportaron clase de bebida que ingieren el 54.7% consume aguardiente clandestino, el 35% de ley (distintas marcas) y clandestino.
- 9) La mayor parte de pacientes ingresan por emergencia, esto es porque acuden solo cuando se sienten muy enfermos o les ocurre un accidente.
- 10) El tratamiento del paciente alcohólico en el Hospital General de Quezaltenango, está dirigido solo a la desintoxicación alcohólica y complicaciones físicas agregadas, pero no psíquico.
- 11) Los 10 primeros síntomas de ingreso se refieren a problemas gastrointestinales y nerviosos, dentro de estos los dos síntomas más frecuentes son diarrea, náuseas y vómitos. Y los 10 primeros signos encontrados a su ingreso se refieren a problemas nutricionales, hepáticos y gástricos, siendo los dos más frecuentes signos de desnutrición, dolor abdominal a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio.

- 12) El 100% de los diagnósticos se refieren a alcoholismo en su mayor porcentaje el crónico Cirrosis 16.67%, Hepatitis alcohólica 15.4 % son los dos diagnósticos agregados más frecuentes.
- 13) El alcohol causa daño físico general a l individuo principalmente Digestivo (hepático, = gástrico) en un 73.57%, causándole también síndromes neurológicos, cardiorespiratorios y de desnutrición, así también causa complicaciones psíquicas alucinosis, delirium tremens, y sociales siendo más frecuentes problemas en el trabajo y en el hogar, según nuestra investigación.
- 14) Más del 40% de los pacientes siguen una evolución hospitalaria mala, el 10% se mueren principalmente por problemas hepáticos (coma).
- 15) Los pacientes egresados no vuelven a consultar, hasta que es necesaria nuevamente su hospitalización.
- 16) Globalmente los 420 pacientes tardaron hospitalizados 5,972 días, siendo el costo por día paciente de Q.17.50, lo que constituye un gasto en los 7 años de Q.104,510.00.

## RECOMENDACIONES

- 1) Como hemos podido comprobar el alcohol daña al individuo en muchos aspectos: físicos, mentales y sociales. Por lo que considero necesario crear centros de recuperación alcohólica, en donde se trate al paciente en su conjunto desintoxicándolo, tratando sus complicaciones físicas agregadas, para luego iniciar tratamientos Psicoterapéuticos, incluyendo el de alcohólicos anónimos que hasta la fecha es uno de los más efectivos.
- 2) Por otra parte tratar de limitar hasta donde sea posible la propaganda alcohólica por radio, T.V., rótulos, también la importancia de bebidas, aumentar los impuestos. Que el gobierno vigile a los señores encargados de controlar la elaboración de aguardiente clandestino por que cumplan con su deber.
- 3) Educar a los padres quienes pueden hacer mucho, para que los niños lleguen a ser adultos capaces de enfrentarse a las dificultades sin recurrir al abuso del alcohol como muleta.  
La creación de centros deportivos, parques de diversión sana también contribuirá. Todo esto es tan difícil de lograr ya que siempre existen intereses creados, pero debemos luchar contra las injusticias sociales.

"LUCHEMOS CONTRA EL ALCOHOL"

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ALCOHOLICOS ANONIMOS TEXTO BASICO, editado por A.A., WORLD SERVICES, INC., Aprobado por la Conferencia General de Servicios de A.A. Derechos reservados, Copyright 1955.
- 2) CECIL Y LOEB, Tratado de Medicina Interna, Decimo Cuarta Edición, Tomo I, 1973.
- 3) ENCICLOPEDIA SALVAT, Diccionario Tomo I, Salvat Editores.
- 4) Espasa-Calpe S.A. Editores, ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA, Europeo Americana, Tomo IV.
- 5) Folletos de Alcohólicos Anónimos: TRES CHARLAS A SOCIEDADES MEDICAS POR BILL W. CO-FUNDADOR DE ALCOHOLICOS ANONIMOS. ESTO ES A.A. Editados por A.A. WORLD SERVICE, Inc. 1953. "EL MIEMBRO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS Y EL ABUSO DE LAS DROGAS". Informe de un grupo de Médicos Miembros de A.A. 1964.
- 6) HARRISON, Tratado de Medicina Interna, Cuarta Edición, Tomo I, 1973.
- 7) Jerónimo Orantes Navas, EL ALCOHOLISMO, Guatemala, Editado Talleres Tipográficos El Faro, 1957.
- 8) Kepfer Rodríguez, Rodolfo Francisco. ALCOHOLICOS ANONIMOS COMO POSIBILIDAD DE ADAPTACION. Guatemala, 1974. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.

9) Harold A. Harper, QUIMICA FISIOLÓGICA, Tercera Edición. 1971.

10) MONOGRAFÍAS MÉDICAS. XVIII CONGRESO INTERNACIONAL DE ALCOHOLISMO Y TOXICOMANÍAS. Depto. de Psiquiatría y Psicología, Facultad de Medicina de Sevilla, Junio de 1972.

11) CLÍNICAS MÉDICAS DE NORTEAMÉRICA, Nov. de 1970.

12) Miller-Burt. Tercera Edición, SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA, EL HOMBRE Y LA SOCIEDAD ACTUAL. Dr. Benjamín F. Miller, Dr. John J. Burt, Traducido al español por Carlos Gerhard. OTENWAELDER impresión 7 de abril de 1975 México D.F.

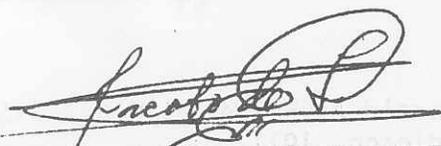
13) Revista, SEMANA MÉDICA DE CENTROAMÉRICA Y PANAMA. 1970.

14) Vásquez P., Lionel. ELECTROSHOCK Y ALCOHOLISMO, Guatemala, 1959. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.

15) LIVING SOBER, Copyright 1975 by Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

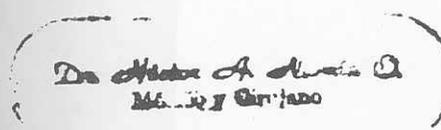
16) 33 LECCIONES DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. Conferencias del XIII curso de Especialización en el Servicio-Escuela del I.N.P. (Instituto Nacional de Prevención) - Madrid Jefe: Dr. E. Arias Vallejo. 1970.

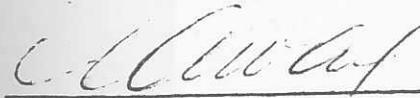
Br.

  
CATARINO JACOBO DE LEON ESTRADA

  
Asesor.

CTOR A. MORAN ORELLANA

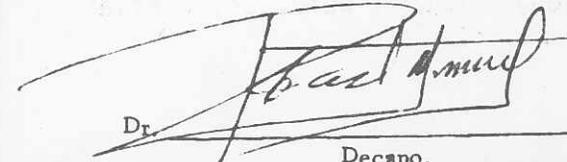
  
Dr. Miguel A. Arias Vallejo  
Médico y Cirujano

  
Director de Fase III

CARLOS A. WALDHEIM

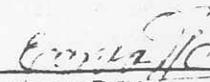
Bo.

Dr.

  
Decano.

ROLANDO CASTILLO MONTALVO

Dr.

  
Revisor.  
EDWAR ROBERT

Dr.

  
Secretario  
RAUL CASTILLO